

国民健康保険療養費支給申請書

令和 年 月 日

徳島市長 殿

下記のとおり、療養費に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

申請者(世帯主)

住 所 徳島市

氏 名

個人番号

電 話

記入者

氏 名

続柄

太枠内を記入してください。

診 療 年 月	被保険者番号	資格区分	負担割合区分
令和 年 月		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養	<input type="checkbox"/> 高齢者/8割 <input type="checkbox"/> 高齢者/7割 <input type="checkbox"/> 未就学/8割 <input type="checkbox"/> その他/7割
フリガナ 療養を受けた 被保険者氏名	生年月日		昭和 平成 年 月 日 令和
療養を受けた 医療機関	名称		
	住所		
	コード		
入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	一般診療 種別	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他
療養期間	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日		傷病名 診療 日数
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する			
預金種別	銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 支所	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	
療養に要した費用	給付割合		
円	7割・8割・9割		
療養費の種類	<input type="checkbox"/> 01:一般診療 <input type="checkbox"/> 02:海外療養費 <input type="checkbox"/> 03:コルセット <input type="checkbox"/> 04:柔整 <input type="checkbox"/> 05:針灸 <input type="checkbox"/> 06:マッサージ <input type="checkbox"/> 07:生血 <input type="checkbox"/> 08:訪問看護 <input type="checkbox"/> 09:移送 <input type="checkbox"/> 10:特別療養費 <input type="checkbox"/> 31:食事療養費差額 <input type="checkbox"/> 32:前期高齢者差額		
		第三者行為	受付者
		有・無	

<徳島市使用欄>

支 給 見 込 額	円	支 給 年 月 日	年 月 日
一 部 負 担 金	円	支 給 決 定 額	円